



**4. INFORMACION DE LA COMPAÑÍA ELÉCTRICA** Número del Seguro Social \_\_\_\_\_

Mi compañía eléctrica es: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

El titular de la cuenta es: \_\_\_\_\_

He recibido un aviso de corte de la compañía:  SÍ  NO      Mi servicio está actualmente cancelado:  SÍ  NO

SÍ  NO Me gustaría participar en el USPP (Plan de Protección de Servicios Utilitarios) para evitar la baja del servicio si me atraso con mis cuentas. Comprendo que no necesito participar en USPP para recibir beneficios del EUSP. Comprendo también que no se acreditará dinero en mi cuenta, a través del USPP, sino que se me exigirá que efectúe pagos mensuales. Si usted ha elegido un proveedor de energía alternativo, cite el nombre aquí: \_\_\_\_\_

**5. MARQUE UNA CASILLA PARA LA PRINCIPAL FUENTE DE ENERGÍA DE SU HOGAR**

Electricidad  Gas de red  Combustible propano  Kerosén  Carbón  Madera/leña

Mi compañía proveedora de calefacción es: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ El titular de la cuenta es: \_\_\_\_\_

**USUARIOS DE GAS DE RED SOLAMENTE:**

He recibido un visio de corte de suministro:  SÍ  NO      Mi servicio se encuentra cancelado actualmente:  SÍ  NO

SÍ  NO Me gustaría participar en el USPP (Plan de Protección de Servicios Utilitarios) para evitar la baja del servicio si me atraso con mis cuentas. Comprendo que no necesito participar en USPP para recibir beneficios del EUSP. Comprendo también que no se acreditará dinero en mi cuenta, a través del USPP, sino que se me exigirá que efectúe pagos mensuales. Si usted ha elegido un proveedor de energía alternativo, cite el nombre aquí: \_\_\_\_\_

**6. Otra información**

a.) ¿Desea ser remitido al Programa de Ayuda de Ambientación?  SÍ  NO

b.) Si no desea inscribirse en un programa específico, por favor indique el programa y los motivos debajo:

Programa:  MEAP  EUSP      Motivo: \_\_\_\_\_

**7. El solicitante o apoderado deben firmar esta solicitud para que pueda ser procesada.**

Declaro que la información proporcionada a OHEP es verdadera, correcta y completa. Comprendo que al firmar esta solicitud, se otorga permiso para: 1) que la Oficina de los Programas de Energía Doméstica (OHEP) verifique todos los ingresos del grupo familiar, cuentas bancarias, gastos del hogar, seguros y cualquier otro beneficio; 2) que otras agencias gubernamentales o no gubernamentales entreguen y/o reciban información de OHEP, necesaria para completar esta solicitud; y 3) que mi compañía de gas/luz u otra agencia que brinde servicios o beneficios reciba o entregue información contenida en esta solicitud.

Puede presentarse una apelación para cambiar la decisión de esta solicitud, o en caso de que no se reciba ayuda dentro de un periodo de tiempo razonable. La apelación deberá presentarse dentro de los 15 días de tomada la decisión. La agencia local me explicará cómo presentarla. El "Legal Aid Bureau" (Departamento de asistencia legal) proporciona asesoramiento legal gratuito, llamando sin cargo al 1-800-999-8904. El estado de Maryland tiene una ley anti fraudes. Pueden aplicarse penalidades si no se declara la verdad al solicitar ayuda para pagar los costos de energía doméstica.



Firma del solicitante

Fecha

**PARA USO INTERNO SOLAMENTE**

Condado	Centro	Fecha recepción	Firma del empleado de admisión	Fecha
No. en HH	Total ingresos	Sub/Hub <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Firma de la persona que certifica	Fecha
Comentario de empleado				
	MEAP	AYUDA CON CUENTAS EUSP	DEUDAS ATRASADAS EUSP	CÓDIGO DE CRISIS MEAP
CONSUMO ANUAL				NIVEL DE POBREZA
MONTO DEL BENEFICIO				
CODIGO DE DENEGACION				